

## **BGer 9C\_178/2007 vom 25. Oktober 2007**

Bundesgericht, 2007-10-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_9C\\_178\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_178_2007)

FR: TF 9C\_178/2007 du 25 octobre 2007

IT: TF 9C\_178/2007 del 25 ottobre 2007

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann u.a. die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden ( Art. 95 lit. a BGG ). Die Feststellung des Sachverhalts kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Artikel 95 beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann ( Art. 97 Abs. 1 BGG ). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat. Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Artikel 95 beruht ( Art. 105 Abs. 1 und 2 BGG ).

Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG stellt eine Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 lit. a BGG dar.

#### **E. 2**

Das kantonale Gericht hat den für den Rentenanspruch entscheidenden Invaliditätsgrad ( Art. 28 Abs. 1 IVG ) durch Einkommensvergleich ermittelt (vgl. Art. 16 ATSG sowie BGE 128 V 29 E. 1 S. 30 in Verbindung mit BGE 130 V 343 ). Dabei hat es Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2002 des Bundesamtes für Statistik (LSE 02) ausgehend vom selben Tabellenlohn (Fr. 4557.- [monatlicher Bruttolohn von Männern für einfache und repetitive Tätigkeiten im privaten Sektor]; vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 und BGE 124 V 321 ) bestimmt. Beim Invalideneinkommen ist die Vorinstanz von einer trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit entsprechend der Einschätzung des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 11. Januar 2005 ausgegangen. Den Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 hat es auf 8,5 % festgesetzt. Daraus ergab sich ein Invaliditätsgrad von 36 % ( $[1 - 0,7 \times 0,915] \times 100 \%$ ; zum Runden BGE 130 V 121 ; vgl. Urteil I 1/03 vom 15. April 2003 E. 5.2).

#### **E. 3**

In der Beschwerde wird der Beweiswert des psychiatrischen Administrativgutachtens des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2005 bestritten. Die Expertise sei mit zahlreichen Mängeln behaftet. Unter anderem sei die Begutachtung ohne Beizug eines Übersetzers erfolgt. Darauf könne daher nicht abgestellt werden. Im Weiteren sei der maximal zulässige Abzug vom Tabellenlohn von 25 % angemessen.

##### **E. 3.1**

Einem ärztlichen Bericht ist (voller) Beweiswert zuzuerkennen, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten

Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind ( BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Diese Kriterien sind auch entscheidend für die Frage, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder der Explorandin oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist oder gewesen wäre (vgl. AHI 2004 S. 146 f. E. 4.2.1 und 2 [I 245/00] sowie Urteile I 642/01 vom 25. Juli 2003 E. 3.1 und I 157/06 vom 23. Mai 2006 E. 3).

### **E. 3.2**

Die Begutachtung durch Dr. med. L. \_\_\_\_\_ erfolgte nicht in der Muttersprache des Beschwerdeführers und ohne Beizug eines Übersetzers oder einer Übersetzerin. Der Experte hielt in seinem Bericht vom 11. Januar 2005 fest, der Explorand spreche und verstehe hinreichend die deutsche Sprache. Demgegenüber wurde der Versicherte im Bericht der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals X. \_\_\_\_\_ vom 8. November 2001 als schlecht Deutsch sprechend beschrieben, weswegen eine vollständige psychiatrische Exploration schwer möglich sei. Sodann wurde im Bericht der Rehabilitationsklinik Y. \_\_\_\_\_ vom 11. Juni 2003 über das psychosomatische Konsilium im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 27. Mai bis 25. Juni 2003 festgehalten, der Patient spreche verhältnismässig gut deutsch; dennoch sei es schwierig, differenzierte Inhalte zu besprechen. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ schliesslich, welcher den Beschwerdeführer ab 1. Juni 2004 psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelte, erwähnte in seinem Verlaufsbericht vom 26. Oktober 2005, er unterhalte sich mit dem Patienten meist auf deutsch, selten auf englisch. Seine Deutschkenntnisse seien nicht sehr umfangreich und das Englisch durch einen Akzent schwierig zu verstehen.

Diese Akten werfen in der Tat die Frage auf, ob die sprachlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers genügten, damit die in deutscher Sprache durchgeführte psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. L. \_\_\_\_\_ die für eine sichere Diagnosestellung notwendige Tiefe der Abklärung erreichen konnte. Diebezügliche Zweifel ergeben sich auch aus dem Verlaufsbericht des behandelnden Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2005. Sie stellen den Beweiswert der Expertise des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2005 ernstlich in Frage.

### **E. 3.3.1**

Dr. med. L. \_\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 11. Januar 2005 die Diagnosen einer anhaltenden ängstlichen Depression (Dysthymia ICD-10 F34.1) mit sozialer Phobie (ICD-10 F40.1) und Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Hinweise für die vom behandelnden Psychiater und Psychotherapeuten Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 24. August 2004 diagnostizierte chronische paranoide Schizophrenie konnte der Experte nicht finden. Er bezeichnete das vorgetragene Beschwerdebild als mehr neurotisch determiniert auf dem Hintergrund einer Migrationsproblematik. Den Grad der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht für eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit einfacher mentaler Ausrichtung bezifferte er auf ca. 70 %.

### **E. 3.3.2**

Gemäss Dr. med. F. \_\_\_\_\_ kann die Symptomatologie lediglich teilweise auf ein depressives Verhalten mit Ängsten/Phobien zurückgeführt werden. Das Gesamtbild sprengt jedoch klar ein nur neurotisches Geschehen. Der Patient leide an lange anhaltenden Affekt-

und Antriebsstörungen sowie an einer hohen paranoiden Verarbeitungsbereitschaft. Dies bestimme zentral Denken, Fühlen und Handeln und beeinträchtigt seine geistige Gesundheit nachhaltig. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ stellte daher die zusätzliche Diagnose eines deutlichen paranoiden Zustandsbildes (ICD-10 F22.0). Er ging von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % in einer körperlich wenig belastenden Tätigkeit z.B. in einer geschützten Werkstatt oder in einem anderen den Patienten schützenden Rahmen aus.

#### **E. 3.3.2.1**

Dem Bericht des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2005 kommt zwar nicht die Bedeutung eines (Administrativ-)Gutachtens zu. Zu beachten ist jedoch, dass der behandelnde Arzt seinen Bericht in Kenntnis aller relevanten medizinischen Akten erstellte. Insbesondere lag ihm das Gutachten des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2005 vor. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ schilderte eingehend seine im Rahmen der ambulanten Therapie gemachten Beobachtungen und er gab - bedeutend ausführlicher als Dr. med. L. \_\_\_\_\_ - Anamnese und soziale Situation wieder. Seine Begründung, weshalb die Diagnose einer anhaltenden ängstlichen Depression mit sozialer Phobie zu eng ist und das psychiatrische Beschwerdebild nicht hinreichend erklärt, ist nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass im Bericht vom 26. Oktober 2005 das Verhalten des Beschwerdeführers anders beschrieben wurde als in der Expertise vom 11. Januar 2005. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt dazu fest, der Versicherte habe auf spezielle Art (Armstellung) bei einer Begrüssung die Hand reichen müssen. Sodann habe er seine z.B. dicke Jacke auch bei warmer Temperatur anbehalten. Und in persönlichem Kontakt habe der Patient den Blickkontakt gemieden. Solche Auffälligkeiten wurden vom Gutachter Dr. med. L. \_\_\_\_\_ nicht erwähnt. Ob der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Exploration sich anders verhielt oder ob dem Experten gewisse Verhaltensweisen nicht auffielen oder er ihnen keine Bedeutung beimass, kann nicht gesagt werden.

#### **E. 3.3.2.2**

Was das kantonale Gericht gegen den Beweiswert des Verlaufsberichts vom 26. Oktober 2005 angeführt hat, überzeugt letztlich nicht. Es trifft zwar zu, dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ die im Arztbericht vom 24. August 2004 gestellte Diagnose einer chronischen paranoiden Schizophrenie aufgab. Dies kann indessen nicht als widersprüchlich bezeichnet werden. Vielmehr handelt es sich um eine Neu Beurteilung aufgrund der seither gemachten Beobachtungen, wie der behandelnde Arzt selber festhält, sowie in Kenntnis des Gutachtens des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2005. Abgesehen davon war der Bericht vom 24. August 2004 weniger als drei Monate nach der ersten Konsultation am 1. Juni 2004 verfasst worden. Im Weiteren spricht der Hinweis des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ auf seine auftragsrechtliche Stellung als behandelnder Arzt nicht gegen die Beweiskraft seiner Aussagen im Verlaufsbericht vom 26. Oktober 2005. Mit diesem Bericht wollte im Übrigen nicht das Gutachten des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ beweismässig widerlegt, sondern die Notwendigkeit einer nochmaligen psychiatrischen Begutachtung dargetan werden.

Bei dieser Aktenlage ist, namentlich auch mit Blick auf die diagnostischen Differenzen der mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzte, für die zuverlässige Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht die Einholung eines Obergutachtens durch das kantonale Gericht unabdingbar. Dieses wird bei der Frage, ob die Begutachtung in der Muttersprache des Versicherten oder unter Beizug einer Übersetzungshilfe durchzuführen ist, die diesbezügliche Rechtsprechung zu

berücksichtigen haben. Entgegen den Vorbringen in der Beschwerde ist kein interdisziplinäres, auch die somatischen Belange umfassendes Gutachten erforderlich. Die vorinstanzliche Feststellung einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in leichten wechselbelastenden Tätigkeiten aus somatischer Sicht ist weder offensichtlich unrichtig noch das Ergebnis willkürlicher Beweiswürdigung. Daran ändert der Bezug einer Invalidenrente der Unfallversicherung für die erwerblichen Auswirkungen der Fussbeschwerden (Invaliditätsgrad: 10 %) nichts. Dass aus somatischer Sicht lediglich leichte den Rücken und den linken Fuss nicht speziell belastende Tätigkeiten zumutbar sind, ist allenfalls bei der Festsetzung des Abzugs vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 zu berücksichtigen. Im Übrigen trifft nicht zu, dass immer wenn eine Person an körperlichen und psychischen Störungen leidet, eine interdisziplinäre Begutachtung zu erfolgen habe. Dem in der Beschwerde erwähnten Urteil I 633/05 vom 3. Januar 2006 lässt sich nichts anderes entnehmen.

#### **E. 4**

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten der IV-Stelle aufzuerlegen ( Art. 66 Abs. 1 BGG ). Zudem hat die Verwaltung dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu bezahlen ( Art. 68 Abs. 2 BGG ). Dessen Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demzufolge gegenstandslos.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.